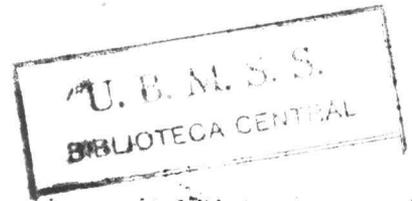


PLAN DE TRABAJO



- I.- INTRODUCCION
- II.- MATERIAL Y METODOS
 - 1.- Requisitos para la selección del material.
 - 2.- Criterios para la lectura de cada curva de T. de P.
 - 3.- Promedios, Desviación Standard, Error Standard y límites estadísticos.
- III.- RESULTADOS Y COMENTARIOS
 - 1.- Gráfica de la distribución de los datos.
 - 2.- Frecuencia de los distintos componentes de la curva.
 - 3.- Curva Promedio de T. de P. en Nullíparas y Multíparas. Su representación gráfica y sus valores.
 - 4.- Gráfico y resultados de la comparación entre ambas curvas promedio.
 - 5.- Gráfico y valores anormales de las principales aberraciones de la curva de T. de P. (Trabajo de Parto disfuncional)
 - 6.- Distribución de los casos de Trabajo de Parto Disfuncional en el 1er. período.
 - 7.- Estudio de la Fase Latente Prolongada.
 - 8.- Estudio de la Fase Activa Retardada.
 - 9.- Estudio de la Fase Activa Estacionada.
 - 10.- Estudio de la Fase Activa con Disfunción Combinada.
 - 11.- Estudio del Período Expulsivo Prolongado. (Disfunción del 2do. Período).
 - 12.- Modelo de Hoja de Trabajo de Parto.
- IV.- CONCLUSIONES
- V.- SUMARIO
- VI.- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION:

La enseñanza de la Obstetricia en los últimos años; requerida para formar médicos, capaces de desenvolverse en la atención materna de los medios rurales y moldear especialistas a corto término; se ha visto enfrentada a la necesidad de elaborar esquemas de trabajo más dinámicos y objetivos, mas acordes con la práctica.

La evaluación y el manejo del trabajo de parto, no escapan a esta necesidad y en la búsqueda de una metodología facil, aplicable hora a hora en la vigilancia del parto, hemos adoptado la gráfica del Trabajo de Parto, preconizada por Friedman(8) desde hace dos décadas. A pesar de sus evidentes ventajas, ésta nunca ha sido utilizada en nuestro medio en forma sistemática.

La idea de analizar esquemáticamente el Trabajo de Parto, no es nueva; Calkins (1) en 1941, interrelacionando la intensidad de las contracciones, con la blandura y borrarimiento cervical y el grado de encajamiento de la presentación, elaboró unas tablas que permitirían predecir la duración del primer período del parto.

En 1944 (2), trató de valorar el segundo período de parto, basándose en el recuento de las contracciones desarrollado y popularizado por Frey en 1929 (7). Este había establecido que las primerizas requieren más de 300 contracciones antes que se produzca la ruptura de las membranas y en las múltiparas alrededor de 200.

Desgraciadamente, ni el recuento de las contracciones, ni la evaluación de los factores mencionados por Calkins, permiten enjuiciar el curso del trabajo de parto. Estan enfocados mas bién a la estimación de la duración total del trabajo de parto.

Wolf (21), reconoció la necesidad de registrar en forma exacta la dilatación cervical en relación al tiempo. Su gráfico relacionaba la dilatación cervical con el número de horas que precedieron al parto. Como es lógico, esta curva no se podía trazar sino en forma retrospectiva, una vez que el parto ya había tenido lugar.

Zimmer (22), reavivó el interés sobre este aspecto, presentando estudios sobre trabajo de parto, basados en una modificación de la curva de Wolf. Su interés principal giró alrededor de la ruptura de membranas, pero los estudios estadísticos de las curvas obtenidas proporcionaron in--

formación interesante v.g., la dilatación cervical en las multíparas progresa más rápido que en las primerizas; el curso del parto generalmente se acelera a partir de los 3 a 4 cm.

Simultáneamente y en forma al parecer independiente, Koller (17), describe su Partograma; un eje de coordenadas en donde la hora Cero está representada por el momento en que se rompen las membranas.

La dilatación cervical se describe con el tamaño de monedas o palma de la mano y recomendó su uso para vigilar y conducir los partos, dentro de límites considerados favorables.

Los estudios de Reynolds (19), Caldeyro-Barcia (3-4) y Csapo (6) tropiezan con las limitaciones básicas de la tocografía interna:

- a) El balón intrauterino actúa como un cuerpo extraño.
- b) El estudio de un solo parámetro, tal como la presión isométrica generada por las contracciones uterinas; no revelan necesariamente todo el cuadro que implica el trabajo de parto.
- c) No es de uso práctico, por el costo, complejidad del equipo y grado de conocimiento técnico, que no posee el obstetra promedio.

En base a estos estudios, Friedman (8) elaboró un nuevo método gráfico. Inscibió en un eje de coordenadas, trazado en un papel cuadriculado, múltiples observaciones aisladas, de la dilatación cervical. En dichos ejes la abscisa representa el tiempo en horas y la ordenada la dilatación cervical en centímetros. La hora Cero del trabajo de parto se refiere al momento en que la paciente siente contracciones en forma regular. Obtiene una curva sigmoidea de la dilatación cervical en el tiempo y somete al análisis estadístico cada uno de sus segmentos componentes.

Más tarde (10) establece pautas para el manejo del trabajo de parto y el modo de detectar las anomalías de la curva (11) y el método empieza a difundirse (5) (15). Algunos de sus seguidores (18-20) introducen modificaciones para hacer más simple el método, a pesar de las protestas de Friedman (12), advirtiéndole de los peligros de la excesiva simplificación; pero aún así, Glick (13) lo está usando impreso como patrón guía en las hojas de trabajo de parto, de tal modo que a simple vista se puede objetivar las anomalías, cuando se apartan de los límites previstos. Últimamente (14), siguiendo esta metodología, la usa como instrumento de despistaje de anomalías, en grupos de parturientas en dilatación.

Como vemos, las posibilidades de aplicación de este método, originalmente diseñado para el seguimiento de la paciente individual, ha ampliado su campo al del control masivo de una población de parturientas.

En un trabajo preliminar hemos podido confirmar y reproducir esta Curva de Trabajo de Parto en nuestra población hospitalaria y en otro subsiguiente (16), con mayor casuística hemos intentado establecer los valores promedio correspondientes a cada uno de los segmentos de la curva.

En este estudio, con el análisis de mayor número de casos, señalaremos los promedios que consideramos definitivos, característicos de la parturienta de nuestro medio y trataremos de demostrar que los valores estadísticos de anormalidad que se deducen, se corresponden con los hallazgos clínicos. Si esto se demuestra, resultaría plenamente justificada la adopción de este método para la evaluación y el correcto manejo del trabajo de parto.